

INFERTILITÉ/SYNDROME DES OVAIRES POLYKYSTIQUES

Introduction

L'infertilité est définie par l'absence de grossesse faisant suite à 12 mois de relations sexuelles sans mesure anticonceptionnelle. L'infertilité peut être la conséquence d'une dysfonction ovulatoire, d'une occlusion des trompes de Fallope, d'une infertilité masculine, ou n'avoir aucune cause apparente. La dysfonction ovulatoire peut être d'origine hypothalamique, endocrinienne (hyperprolactinémie, dysfonction thyroïdienne) ou ovarienne (syndrome des ovaires polykystiques [SOP], insuffisance ovarienne). Dans ce document, seules les causes d'infertilité exigeant une AUT seront considérées.

Dysfonction ovulatoire : syndrome des ovaires polykystiques (SOP)

1. Diagnostic	
A. <i>Antécédents médicaux</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Cycles menstruels absents ou irréguliers - Signes cliniques d'excès d'androgènes (hirsutisme, acné)
B. <i>Critères diagnostiques</i>	<p>(1) Hyperandrogénisme : hirsutisme et/ou hyperandrogénémie et</p> <p>(2) Dysfonction ovarienne : oligoanovulation et/ou ovaires polykystiques et</p> <p>(3) Exclusion d'autres troubles liés à l'excès d'androgènes ou de troubles associés</p>
C. <i>Information médicale sur la maladie</i>	Certaines femmes souffrant d'un SOP présenteront une insulino-résistance associée qui pourrait se manifester par une altération de la tolérance au glucose ou un diabète.

<p>2. Pratique thérapeutique de référence</p>		
<p>Substances interdites :</p>	<p>1. Citrate de clomiphène 2. Létrozole</p>	<p>3. Spironolactone</p>
<p>A. <i>Nom des substances interdites</i></p>	<p>Le traitement de première intention est le citrate de clomiphène, un antiœstrogène de faible puissance, et le létrozole, un inhibiteur de l'aromatase.</p>	<p>La spironolactone peut être utilisée dans certaines régions du monde pour le traitement secondaire de l'hirsutisme causé par le SOP.</p>
<p>B. <i>Voie d'administration</i></p>	<p>Orale</p>	<p>Orale</p>
<p>C. <i>Posologie</i></p>	<p>5 jours par mois</p>	<p>Tous les jours</p>
<p>D. <i>Durée recommandée du traitement</i></p>	<p>De 9 à 12 mois</p>	<p>Un traitement à long terme est nécessaire.</p>

<p>3. Autres traitements alternatifs non interdits?</p>	<p>1. Citrate de clomiphène 2. Létrozole</p>	<p>3. Spironolactone</p>
	<p>L'hormone folliculostimulante (FSH) exogène administrée par voie sous-cutanée peut être utilisée comme traitement de remplacement.</p> <p>La metformine ne s'est pas révélée aussi efficace que le clomiphène ou le létrozole en traitement de première intention. Un agent insulinosensibilisateur, comme la metformine, peut toutefois être ajouté au traitement chez les femmes qui ne répondent pas à au clomiphène ou au létrozole, ou qui présentent une insulino-résistance.</p> <p>La gonadotrophine chorionique humaine (hCG) et la progestérone peuvent être utilisées en appoint au traitement de première intention.</p>	<p>Diane 35 (2 mg d'acétate de cyprotérone) et Yaz (3 mg de drospérinone) sont deux contraceptifs oraux aux effets antiandrogènes qui sont utilisés comme traitement de première intention contre l'hirsutisme causé par le SOP. L'utilisation de tout contraceptif oral ou de l'anneau vaginal NuvaRing (11,7 mg d'étonogestrel) se traduira par une élévation du taux de globuline liant les hormones sexuelles en raison d'une hausse du taux d'œstrogènes. S'ensuivra une baisse des androgènes libres circulants, menant à une diminution de l'hirsutisme.</p> <p>Pour les cas plus graves ou de longue date, des doses plus importantes d'acétate de cyprotérone (de 25 à 50 mg) peuvent être requises.</p> <p>Dans certaines régions du monde, la flutamide à prise orale (antiandrogène non stéroïdien) est utilisée pour traiter l'hirsutisme. L'hormonothérapie peut être combinée aux techniques d'épilation, dont l'épilation au laser ou l'électrolyse.</p> <p>Une AUT peut être accordée pour l'utilisation de la spironolactone si la sportive a su fournir les preuves suivantes :</p> <p>La nécessité (c.-à-d. la présence d'hirsutisme dans l'évolution clinique du SOP) et l'un ou plusieurs des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une contre-indication à une méthode non interdite; • Une intolérance à une méthode non interdite; • L'absence de réponse à une méthode non interdite;

		<ul style="list-style-type: none"> L'impossibilité de bénéficier d'une méthode physique d'épilation en raison de coûts prohibitifs.
4. Conséquences pour la santé en cas d'absence de traitement	1. Citrate de clomiphène 2. Létrozole	3. Spironolactone
	Diminution importante de la qualité de vie si l'infertilité persiste	Diminution importante de la qualité de vie pour les femmes souffrant d'hirsutisme causé par le SOP
5. Surveillance du traitement	Œstrogène sérique, hormone lutéinisante (LH) et ultrasonographie des ovaires afin de contrôler la croissance folliculaire	La supervision par un gynécologue, un endocrinologue ou un dermatologue une fois par année est recommandée.
6. Validité de l'AUT et processus de révision recommandé	2 ans	Une AUT pour une durée de 10 ans peut être accordée pour cette substance, moyennant une révision annuelle par un spécialiste, étant donné que le SOP est un trouble permanent.
7. Précautions		

Infertilité inexplicée

1. Diagnostic	
<i>A. Antécédents médicaux</i>	Absence de grossesse malgré des cycles ovulatoires réguliers, la perméabilité des trompes, des rapports sexuels réguliers et une analyse séminale normale
<i>B. Critères diagnostiques</i>	Antécédents médicaux mentionnés ci-dessus
<i>C. Information médicale sur la maladie</i>	Aucune
2. Pratique thérapeutique de référence	Peut être traitée par le citrate de clomiphène (voir <i>SOP</i>), la FSH/LH (aucune AUT requise).

Références

- 1) CFAS (Canadian Fertility & Andrology Society). Consensus Document for the Investigation of Infertility By First Line Physicians. 2003.
<http://cfas.cfwebtools.com/index.cfm?objectid=62E48386-9027-F64A-799957D994FC5F65>
- 2) Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2008; 89(3):505-522.
- 3) Handelsman DJ. The Rationale For Banning Human Chorionic Gonadotrophin and Estrogen Blockers in Sport *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 19: 1646-1653.
- 4) Nattiv A, Loucks AB, Manore MM, Sanborn CF, Sudgot-Borgen J, Warren MP, American College of Sports Medicine. The Female Athlete Triad. *Med Sci Sports Exerc* 2007; 39(10):1867-1881.
- 5) Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale F, Futterweit W, Janssen OE, Legro RS, Norman RJ, Taylor AE, Witchel SF. (Task Force on the Phenotype of the Polycystic Ovary Syndrome of the Androgen Excess and PCOS Society). The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report. *Fertil Steril* 2009; 91:456-88.
- 6) Balen AH, Morley LC, Misso M, Franks S, Legro RS, Wijeyaratne CN, Stener-Victorin E, Fauser BC, Norman RJ, Teede H. The management of anovulatory infertility in women with polycystic ovary syndrome: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance. *Hum Reprod Update* 2016; 22(6):687-708.